



Yo, (nombre del cliente en letra de molde) _____ he leído y comprendido el Manual del paciente de LifeSpring Health Systems que incluye lo siguiente:

- Política de asistencia
- Recargas de medicamentos
- Llamadas y emergencias fuera de horario
- Responsabilidades del paciente
- Aviso de prácticas de privacidad de HIPAA
- Confidencialidad de los registros de pacientes
- Consentimiento telefónico
- Consentimiento para tratar y asignación financiera y responsabilidad

Firma del cliente (padre/tutor):

Fecha:

Firma de testigo:

Fecha:

MRN: _____